



L'INSTITUT  
MUTUALISTE  
MONTSOURIS



## Information Patient : Hépatectomie (ablation partielle du foie)

Département de  
Chirurgie Digestive,  
oncologique et  
métabolique

Secrétariat : 01 56 61 63 12

### **Généralités**

La chirurgie hépatique est traditionnellement difficile car le foie est un organe volumineux, situé sous le rebord costal droit donc d'un abord peu aisé et très vascularisé alors qu'il tolère mal l'insuffisance d'oxygénation (l'ischémie) résultant d'un éventuel clampage des vaisseaux (interruption du flux sanguin) réalisé parfois pour diminuer le saignement. Mais il possède une propriété extraordinaire qui facilite les possibilités d'ablation : il peut repousser (on parle de régénération).

### **Où est situé le foie?**

Le foie est la plus volumineuse glande du corps humain et pèse en moyenne 1400 g. Il comporte 8 segments répartis inégalement sur deux lobes. Il est situé immédiatement sous les côtes à droite mais sa partie gauche peut se projeter en avant de l'estomac.

### **But de l'intervention**

L'ablation d'une portion du foie s'adresse à des patients porteurs de pathologies bénignes (adénome, kyste) ou malignes (cancer). Le but de l'opération est d'enlever une portion du foie touchée par une lésion en préservant le reste du parenchyme hépatique qui est sain.

Suivant la portion de foie qui est enlevée, on parle de résection anatomique (si tout un segment est réséqué) ou atypique (seule une partie d'un segment est retirée). Les hépatectomies majeures comportent la résection d'au moins 3 segments du foie.

### **Comment se déroule l'opération ?**

Le patient est hospitalisé le plus souvent la veille de l'intervention. La préparation est standard en vérifiant que le dossier est bien complet avec en particulier une carte de groupe et un bilan sanguin récent. L'intervention est parfois longue (jusqu'à 4-5 heures) et la surveillance initiale est assurée par l'équipe de salle de réveil ou par les soins intensifs.

Une check-list obligatoire, réalisée immédiatement avant l'intervention, participe à votre sécurité. En particulier lors de cette check-list, est vérifiée votre identité et l'installation sur la table d'opération.

L'incision est classiquement une grande incision de l'abdomen (laparotomie) sous le rebord costal droit, plus ou moins élargie à gauche.

Le développement de la laparoscopie (ou cœlioscopie ou chirurgie mini-invasive) a bouleversé la chirurgie digestive conventionnelle car elle réduit la morbidité et les séquelles pariétales en permettant d'accéder à la cavité abdominale par de petites incisions permettant le passage des instruments chirurgicaux et d'une optique pour la caméra. Elle consiste à gonfler l'abdomen par du gaz puis à y introduire par des cicatrices centimétriques les instruments sous contrôle d'une caméra vidéo. L'opération débute par la vérification de l'anatomie du foie et l'identification de la ou des lésion(s) du foie le plus souvent grâce à une échographie.

Le chirurgien doit ensuite contrôler les vaisseaux qui alimentent le foie pour limiter le saignement. Le temps le plus hémorragique est la section du foie lui-même qui est réalisée avec des moyens de coagulation modernes. L'absence de saignement et/ou de fuite de bile est vérifiée avant la fermeture de la paroi abdominale.

Le chirurgien peut selon les circonstances mettre en place en fin d'opération un drain dans l'abdomen (plat ou tubulaire) qui permet de vérifier que tout se passe bien à l'intérieur de l'abdomen (pas de collection de sang ou de bile) et sinon en permettre l'évacuation. Celui-ci sera enlevé dans les jours post-opératoires lorsqu'il ne sera plus utile (en tirant dessus).

### **Suites habituelles :**

Un doppler des vaisseaux (étude du débit des artères et des veines) est demandé dans les résections importantes ou complexes.

Les prises de sang permettent de contrôler l'hémoglobine pour démasquer un saignement à bas bruit qui peut entraîner un hématome dans le ventre et de vérifier la fonction du foie restant. En cas d'anomalie importante, un scanner abdominal sera demandé.

L'alimentation est reprise progressivement dès le soir ou le lendemain de l'intervention, d'abord liquide puis solide. Il n'y a habituellement pas de régime nécessaire après cette opération.

Que l'intervention ait lieu par cœlioscopie ou par laparotomie, il est contre-indiqué de pratiquer du sport ou des efforts physiques importants pendant le mois qui suit l'intervention. Ceci a pour but de permettre à la paroi abdominale et aux muscles de cicatriser.



L'INSTITUT  
MUTUALISTE  
MONTSOURIS



## Information Patient : Hépatectomie (ablation partielle du foie)

Département de  
Chirurgie Digestive,  
oncologique et  
métabolique

Secrétariat : 01 56 61 63 12

La sortie du patient est prévue entre 2 et 10 jours après l'intervention avec un arrêt de travail habituellement inférieur à 1 mois. Le traitement anticoagulant est poursuivi pendant 4 semaines.

Après le retour à domicile qui peut être envisagé précocement en présence de signes favorables souvenez-vous que l'usage de certains antalgiques contre indique la conduite de véhicules.

### **Risques en rapport avec l'opération**

#### **Risques pendant l'opération**

##### *Hémorragie*

Le foie comportant de nombreux vaisseaux, l'hémorragie est le principal risque peropératoire. Une transfusion sanguine peut être nécessaire. La maîtrise de cette hémorragie peut amener le chirurgien à modifier le déroulement de l'opération pour réparer le ou les vaisseau(x) endommagé(s).

##### *Fistule biliaire*

Au cours de l'intervention, un canal biliaire peut être lésé et nécessiter une réparation. La maîtrise de cette fuite de bile peut amener le chirurgien à mettre en place un drain.

##### *Compression nerveuse*

L'équipe chirurgicale et anesthésique est attentive au bon positionnement des membres pour éviter toute compression des nerfs ou des parties molles pendant l'intervention et l'anesthésie. Lorsqu'un nerf a été comprimé pendant un temps limité apparaissent des sensations d'engourdissements ou de fourmillements dans la zone correspondante. Les lésions disparaissent en général en quelques semaines sans séquelle et il est rare qu'elles persistent.

#### **Risques après l'intervention**

##### *Fistule biliaire*

Il s'agit d'un écoulement de bile secondairement à la blessure du système biliaire qui survient dans 5 à 30% des cas. Elle survient le plus souvent dans les jours postopératoires. Le risque est l'apparition d'abcès et de péritonite mais la fuite peut ne se traduire par aucun symptôme lorsqu'elle s'évacue par le drain.

La fuite de bile (ou fistule biliaire) se manifeste quelques fois par des douleurs et de la fièvre, des anomalies sanguines ou des complications respiratoires.

Un scanner est alors demandé pour rechercher une collection de bile (bilome) qui est évacuée le plus souvent par un drain placé à travers la peau par un radiologue interventionnel.

##### *Insuffisance hépatique*

En fonction du type de maladie hépatique, il est possible d'enlever jusqu'à 70-80% du volume total du foie sans conséquence sur la fonction du foie. Les 20-30% de foie restants lorsque celui-ci est normal vont régénérer et reconstituer en 2 mois environ la quasi-totalité du volume initial. Au delà de ce seuil, le foie n'est plus à même d'assurer ses fonctions principales et on parle d'insuffisance hépatique. Cette complication peut se manifester par l'apparition d'une jaunisse, d'œdèmes et/ou par une production d'ascite (liquide dans le ventre). Ainsi, quand il est nécessaire de réséquer un volume de foie conséquent, il peut être utile de faire artificiellement grossir le foie quelques semaines avant l'intervention (en bouchant la veine du foie qu'on veut enlever, ce que l'on appelle une embolisation portale) ou encore de réaliser une hépatectomie en deux temps afin de laisser un volume de foie suffisant lors de l'opération.

##### *Complications respiratoires*

L'accolement du foie au diaphragme, l'écartement des côtes souvent nécessaire pour pratiquer l'hépatectomie, la nécessité de perfuser un volume de liquide conséquent au décours de l'intervention et les douleurs postopératoires qui empêchent une ampliation thoracique optimale sont autant de facteurs favorisant les complications respiratoires après une résection hépatique. Ces complications sont dominées par l'épanchement pleural (apparition de liquide entre le poumon et la plèvre), l'atélectasie du poumon (mauvaise expansion d'une partie d'un poumon) et la pneumonie. Dans la majorité des cas les complications respiratoires sont prises en charge par kinésithérapie respiratoire pour l'épanchement pleural ou antibiothérapie pour la pneumonie mais peuvent parfois conduire à une insuffisance respiratoire nécessitant l'introduction d'une ventilation mécanique.



L'INSTITUT  
MUTUALISTE  
MONTSOURIS



## Information Patient : Hépatectomie (ablation partielle du foie)

Département de  
Chirurgie Digestive,  
oncologique et  
métabolique

Secrétariat : 01 56 61 63 12

### *Infection*

Malgré les précautions d'asepsie et les antibiotiques administrés préventivement au début de l'opération, une infection du site opératoire (cicatrice, intérieur de l'abdomen) peut survenir. Suivant son type superficiel ou profond et sa sévérité elle fait l'objet d'un traitement adapté : antibiotiques, évacuation, ponction radiologique, chirurgie de drainage.

### *Phlébite, embolie*

Malgré les précautions prises : bas de contention, piqûres d'anticoagulants... une phlébite peut survenir car l'immobilisation et certaines chirurgies et maladies favorisent son apparition.